

Kenntlichmachung bekanntlich von der Veränderung der Stahlmoleküle aus, die beim Einschlagen der Nummer stattfindet, und die geschliffene und erwärmte Metallfläche wird durch Bestreichen mit einer Flüssigkeit von folgender Zusammensetzung behandelt: 120 ccm Salzsäure, 90 ccm destilliertes Wasser, 75 ccm 96proz. Alkohol und 15 g Kupferchlorid. Werden die Ziffern nur langsam oder undeutlich sichtbar, bestreicht man in gewissen Abständen weiter. Im Jahre 1935 konnten nur 15 von 151 und 1936 nur etwa 20 von 180 untersuchten Rädern nicht identifiziert werden. Die Ursache war in diesen Fällen entweder, daß die Nummern sehr schwach eingeschlagen worden waren, oder daß man sie fortgemeißelt hatte. *Einar Sjövall (Lund).*

### **Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.**

● **Lange, Johannes: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie. 2., verb. Aufl.** Leipzig: Georg Thieme 1936. 269 S. u. 4 Abb. RM. 7.20.

Das „Nebenfach“ der Psychiatrie hat in Deutschland durch die Maßnahmen der Erb- und Rassenpflege nicht nur für den beamteten Arzt, sondern auch für den Praktiker stark an Bedeutung gewonnen. Das „kurzgefaßte“ Lehrbuch der Psychiatrie von J. Lange, das in seiner 2. Auflage dem neuesten Stande der Psychiatrie und Rassenhygiene angepaßt ist, bildet wegen seiner gedrängten Meisterung des Stoffes ein empfehlenswertes Hilfsmittel. Die neue Auflage ist durch Literaturhinweise auf die wertvollsten Quellen, durch ein Sachverzeichnis (dessen Vermehrung die Benutzung des Buches erleichtern würde) und durch Neuordnung wichtiger Kapitel wie der über Liquor und Hirngeschwülste verbessert worden. Leider hat das Ehegesundheitsgesetz vom 18. X. 1935 noch nicht genügend Berücksichtigung gefunden (so im Kapitel Epilepsie auf S. 160 und auf S. 239, Eheschließung). Bei der Besprechung der sexuellen Perversionen fehlt ein genauerer Hinweis auf den § 42 k und insbesondere auf § 14, Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in der Fassung vom 26. VI. 1935. Gerade hierbei braucht der Amtsarzt, der das zur freiwilligen Entmannung erforderliche Gutachten erstatten muß, psychiatrische Belehrung. Ebenso müßte die neue Auslegung des § 1333 (auf S. 258) sinnvoller erläutert werden (vgl. *Erbarzt 1936*, 89—92). Daß Urämie, akute gelbe Leberatrophie usw. als „endogene“ Krankheitsursachen aufgeführt werden, hält Ref. unter Hinweis auf Bumkes Stellungnahme (Lehrbuch, 3. Auflage, 1929) und auf Meggendorfers Ausführungen (im neuen Lehrbuch von Weygandt) gerade bei diesen Krankheiten für unzweckmäßig. — Bei den medizinischen Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung fehlen die Häufung epileptischer Anfälle während der Gravidität (wegen der Gefahr des Status epilepticus oder progredienter Verblödung), die Eklampsie und die Schwangerschaftschorea (Bumke in den „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung“).

*Kresiment (Berlin).*

● **Schneider, Kurt: Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte. 2., verb. u. verm. Aufl.** Leipzig: Georg Thieme 1936. 196 S. RM. 6.20.

Das kleine Werk führt den Praktiker durch alle Gebiete, auf denen er mit Wahrscheinlichkeit irgendwie einmal zu psychiatrischen Fragen Stellung zu nehmen hat. Die geistigen Störungen sind nach dem Gesichtspunkt behandelt, wie sie eben der Praktiker draußen zu sehen bekommt. Demzufolge steht die klinische Beschreibung der Krankheitsbilder, aus denen der Kern herausgeschält und die mit kurzen, kräftigen Zügen skizziert sind, im Vordergrund. In gleicher Weise ist die Therapie behandelt. Vieles, was der Praktiker „empfunden“ und unsicher tastend erlebt hat, wird hier in knappe klare Worte gekleidet und aufgedeckt, mit einer Reihe falscher Begriffe wird aufgeräumt und durch zahlreiche scharf umrissene Definitionen eine Klärung der Begriffe angestrebt. Jede Problematik ist bewußt vermieden. Dafür sind zahlreiche Hinweise gegeben und Einzelpunkte berührt, die in der Allgemeinpraxis häufig zu Schwierigkeiten Anlaß gegeben haben. Der Inhalt des Buches gliedert sich in 15 Vorlesungen. Gegenüber der 1. Auflage ist die Vorlesung über „Psychiatrische Begut-

achtung für Straf- und Zivilgerichte“ fortgelassen. Neu eingeschoben ist eine Vorlesung über „Abnorme Erlebnisreaktionen“ und anhangsweise 3 neue Kapitel, in denen die „Psychiatrische Systematik und Aufbau der Psychose“ mit dem Versuch eines seelisch-symptomatologischen und körperlich-ätiologischen Einteilungsprinzips und Unterteilungen nach klinisch beschreibenden Gesichtspunkten sowie primären und sekundären Störungen behandelt wird. Der Aufbau der Psychose ist mit Hinweis auf die mehrdimensionale und namentlich auf die strukturanalytische Betrachtungsweise behandelt. Die 2. und 3. neue Vorlesung betreffen die Diagnose der Schizophrenie und der Cyclothymie. Neu ist auch ein kurzes Sachregister. Dem Arzt, namentlich dem Allgemeinpraktiker, der sich nur gelegentlich mit psychiatrischen Fragen individualärztlich zu befassen hat, wird das Buch manche Klarheit geben und von außerordentlich großem Wert sein. Auch dem älteren Studenten wird es helfen zur Abrundung von Krankheitsbildern, die er gesehen hat. Aber nur dem älteren, denn einige Vertrautheit mit psychiatrischen Krankheitsbildern ist Voraussetzung für das Verständnis der Vorlesungen. Über viele Einzelheiten könnte der Psychiater mit dem Verf. rechten. Trotzdem ist es auch für diesen ein Genuß, die klaren Formulierungen und Begriffsdefinitionen zu lesen. Im ganzen also ein lesenswertes Buch, das namentlich in der Hand des Praktikers von unschätzbarem Wert ist. Es wäre nur zu wünschen, daß eine etwaige weitere Auflage um eine gesonderte Vorlesung über die Pflicht zur Anzeige Erbkranker und die Tätigkeit des praktischen Arztes in der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit erweitert würde; wie überhaupt die Frage der Erbllichkeit von geistigen Störungen etwas sehr knapp weggekommen ist.

Dubitscher (Berlin).

● **Leonhard, K.: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Ihre Einteilung in zwei klinisch und erbbiologisch verschiedene Gruppen und in Unterformen vom Charakter der Systemkrankheiten.** (Heilanst., Gabersee in Oberbayern u. Nervenklin. d. Stadt u. Univ., Frankfurt a. M.) (Samml. psychiatr. u. neurol. Einzeldarstell. Hrgs. v. A. Bostroem u. J. Lange. Bd. 11.) Leipzig: Georg Thieme 1936. 134 S. RM. 8.70.

In eingehender klinischer Arbeit ist es dem Verf. gelungen, aus der Masse der defektschizophrenen Erscheinungsbilder zwei wesensverschiedene Gruppen herauszuschälen und gegeneinander abzugrenzen. Die I. Gruppe (Schizophrenien vom Charakter der Systemkrankheiten) umfaßt 14 in sich geschlossene Syndrome, d. h. 14 gut unterscheidbare, getrennte und voneinander unabhängige Unterformen typischer Symptomgestaltungen und Symptomverbindungen, was nach der Meinung des Verf. darauf hindeutet, daß wir es bei ihnen mit Erkrankungen scharf abgegrenzter psychischer Systeme (= einheitlicher Funktionsgebiete) zu tun haben. Allein nicht alle der beobachteten Fälle („etwa“ 530) ließen sich in eine der erwähnten Unterformen einreihen. Bei „etwa“ 90 Fällen gelang das nicht. Diese „atypischen“ Formen gehören, wie sich bei weiteren, insbesondere genealogischen Untersuchungen herausstellte, einer eigenen Gruppe (II) an (Defektschizophrenien nicht-systematischer Art), die sich nicht bloß durch ihr Zustandsbild, sondern auch durch ihren größtenteils periodischen Verlauf mit oft erst spät eintretenden, nicht immer erheblichen Defekten und durch ihre besondere Erbform (stärkere Belastung) von der Gruppe der typischen Defektschizophrenien deutlich abhebt. Ätiologisch darf man die typischen Formen mit ihrer Bindung an bestimmte Systeme „vielleicht“ als Heredodegenerationen, die atypischen dagegen als Auswirkungen somatogener, periodisch in Erscheinung tretender Noxen auffassen. Soviel zur ersten Orientierung über den reichen Inhalt dieses wertvollen Buches, das jedem, der sich in seinem Tätigkeitsbereiche mit Schizophrenen zu befassen hat, viel des Neuen und Wichtigen zu sagen hat. v. Neureiter (Riga).

**Schwerin, Olaf Frh. v.: Untersuchungen über den Status dysraphicus bei Schizophrenen.** Z. Neur. 156, 107—119 (1936).

Verf. beginnt mit der Feststellung, daß die alten Einteilungen der Nervenkrankheiten biologisch nicht haltbar sind. Die Übergänge, Zwischenformen und Verbindungen waren viel zu häufig. Ein Ergebnis der neuen erbbiologischen Betrachtungsweise

ist der von Bremer geschilderte Status dysraphicus mit seinen 8 Hauptmerkmalen: Trichterbrust, Rückgratverkrümmungen, Mammadifferenzen, höhere Größe der Spannweite gegenüber Körpergröße, livide, kalte Hände, Krümmungstendenz der Finger, zirkulär begrenzte Sensibilitätsstörungen, Enuresis nocturna. Verf. stellt sich nun die Aufgabe, zu untersuchen, ob sich Belege dafür finden lassen, daß Status dysraphicus als Ausdruck „erhöhter neuropathologischer Morbidität“ auch besondere Beziehungen zu psychischer Abwegigkeit, insbesondere Schizophrenie, hat. Dazu wurden 329 Schizophrene auf die Hauptsymptome des Status dysraphicus hin nach einheitlichen Untersuchungsbogen aufgenommen. Das Ergebnis ist — verglichen mit unausgelesenem Material aus der Landpraxis von Waag — eine deutlich größere Häufigkeit der Hauptsymptome bei den Schizophrenen. Trichterbrust, Skoliose, livide Handverfärbung beweisen dies vor allem. Überwiegen der Spannweite über Körpergröße zeigt sich nicht sehr deutlich. Auch für die übrigen schon aufgezählten und einige andere Merkmale ist der Zusammenhang nicht nachweisbar. Schließlich werden noch Verbindungen mit der Neigung zu Spaltbildungen besprochen und im Schlußwort festgestellt, daß deutliche Beziehungen zwischen Schizophrenie, Trichterbrust, Kyphoskoliose und Kleinfingerverkrümmung als den Hauptsymptomen des Status dysraphicus bestehen, während die anderen Zeichen weniger hervortreten. Das Bild des Status dysraphicus ist durch die Arbeit klarer geworden, es kann aber durchaus noch weitere Arbeit vertragen.

Neußer (Berlin).

**Guttman, Erich:** Artificial psychoses produced by mescaline. (Durch Mescaline erzeugte künstliche Geistesstörungen.) (*Maudsley Hosp., London.*) J. ment. Sci. 82, 203—221 (1936).

Man kann die Arbeit als ein Übersichtsreferat über die Bedeutung des Mescalins in der Psychiatrie ansprechen. Nach einer kurzen historischen Einleitung beschreibt Verf. die Wirkung des Giftes an Hand einer eigenen Erfahrung an 60 meist gesunden Versuchspersonen unter Berücksichtigung der Literatur: erst kurz die körperlichen Auswirkungen, dann — ausführlicher — die psychischen. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Verf. kündigt auch noch eine Arbeit über die Mescalinwirkung, untersucht an Hand des Rorschach-Versuches, an. Er glaubt, daß mit Hilfe der Mescalinpsychose neue Aspekte bezüglich der Desintegration der Sinnesfunktionen, namentlich in Richtung der Synästhesie, gefunden werden können, ferner evtl. neue Ansichten bezüglich der Depersonalisationserscheinungen, und schließlich auch Einblicke in den Mechanismus des Seelenlebens der Schizophrenen. Haug (Rostock).

**Langsteiner, Fritz:** Über das Mucksche Vereisungsverfahren zur Auslösung von epileptischen Anfällen. (*Psychiatr.-Neurol. Abt., Städt. Allg. Krankenh., Linz.*) Münch. med. Wschr. 1936 II, 1398.

Verf. prüfte das Mucksche Vereisungsverfahren (ein- oder beiderseitige Vereisung der Arteria radialis mittels Chloräthylspray) nach. Bei 58 Epileptikern konnte durch diese Methode kein Anfall ausgelöst werden. Mit vollem Recht lehnt Verf. das Mucksche Verfahren ab. Ref. hat ebenfalls bei zahlreichen Epileptikern keinen Anfall durch die Vereisung der Art. rad. auslösen können. Weiterhin lehnt Verf. in Übereinstimmung mit Stauder die Auffassung Baumanns ab, es handle sich um „reflex-epileptische“ Anfälle.

von der Heydt (Königsberg i.Pr.).

**Kanahara, T., und Y. Tamura:** Über das Encephalogramm der Epilepsie. (*Psychiatr. Klin., Univ. Tokyo.*) Psychiatr. et Neur. japonica 40, H. 7, dtsh. Zusammenfassung 35—36 (1936) [Japanisch].

Bei 20 Fällen von genuinen und 30 Fällen von symptomatisch-organischen Epileptikern wurde Encephalographie ausgeführt. Darunter fand sich in 14 Fällen (g. E. 4, s. E. 10) deutliche und in 11 Fällen (g. E. 3, s. E. 8) geringgradige Erweiterung des Seitenventrikels, welche letztere in Anbetracht der unscharfen Übergänge vom Normalen zum Pathologischen nicht als sicher pathologisch gewertet werden dürfte. In 3 Fällen (g. E. 1, s. E. 2) war der Ventrikelschatten klein und in 2 Fällen (g. E. 1,

s. E. 1) wegen mangelhafter Lufteinführung in einen Ventrikel undeutlich. In 8 Fällen (g. E. 7, s. E. 7) war an der Größe des Seitenventrikels nirgends eine Abweichung von der Norm. Mäßige Ungleichheit in der Größe der beiden Seitenventrikel war in 21 Fällen (g. E. 4, s. E. 17) und Ventrikelwanderung in 7 Fällen (g. E. 1, s. E. 6) vorhanden. Erweiterung des 3. Ventrikels wurde in 6 Fällen (g. E. 1, s. E. 5) festgestellt. Die Oberflächenzeichnungen waren abnorm in 15 Fällen, aber meist geringgradig bei der genuine Epilepsie. Mit zunehmender Dauer des Prozesses fanden sich zunehmend abnorme Encephalogramme. Zwischen der Erheblichkeit pathologischer Befunde im Encephalogramm und der Intelligenzschwäche primärer und sekundärer Natur, abgesehen von Fällen schweren Grades wie Idiotie, bestand keine Beziehung. Häufigkeit und Intensität des Krampfanfalls und das Vorhandensein von Vorboten, von der Aura des großen Anfalls, von kleinen Anfällen, von epileptischen Dämmerzuständen und von periodischen Verstimmungen gehen nicht parallel mit den Veränderungen des Encephalogramms. Von den genuine Epileptikern in strengster klinischer Auslese hatten nur 4 Fälle ganz normale und die übrigen 16 Fälle mehr oder weniger anormale Encephalogramme. Man bemerkte nirgends ein normales Encephalogramm bei den symptomatisch-organischen Epileptikern und bei solchen mit fokalen Symptomen oft entsprechende Veränderungen im Encephalogramm, aber nicht immer.

*Autoreferat.*

**Bonhour, Alberto: Begriffsbestimmung der geistigen Verwirrung.** (*Cátedra de Clín. Psiquiatr., Univ., Buenos Aires.*) *Psiquiatr. y Criminol.* 1, 39—43 (1936) [Spanisch].

Die Verwirrtheit ist ein im allgemeinen vorübergehendes psychisches Syndrom, bestehend in einer Umnebelung der höheren psychischen Tätigkeit, die bis zur Aufhebung der psychischen Funktion fortschreiten kann. Dabei bleibt die Tätigkeit des Unterbewußtseins mehr oder weniger erhalten. Sie steht unter dem Einfluß physikalisch-chemischer Faktoren, oft toxischer oder auch nur mechanischer Art, die die Funktion der Nervenzellen schädigen, indem sie deren Gestalt, Struktur, chemische Zusammensetzung und elektrische Ladung ändern. *Ganter (Wormditt).*

**Müller-Freienfels, Richard: Grundsätzliches zur Psychologie der Wahrnehmung.** *Z. Psychol.* 138, 124—144 (1936).

Ein gedrängtes Essay über die Wahrnehmung, das von der Psychologie ausgeht und eine Anzahl kluger, allerdings nicht immer neuer Gedankengänge enthält. Interessenten müssen das Original selbst lesen, weil es sich in vernünftiger Weise referierend nicht wiedergeben läßt.

*M. H. Fischer (Berlin-Zehlendorf).*

**Dugas, L.: Sur la dépersonnalisation.** (Über die Depersonalisation.) *J. de Psychol.* 33, 276—282 (1936).

Die Depersonalisation (Dep.) und die Geistesabwesenheit (l'absence), nahverwandte Zustände, scheinen beide als Grundlage einen Bewußtseinsverlust zu haben. Sie unterscheiden sich in Wirklichkeit aber grundsätzlich: Bei letzterer (absence) ist das Ich tatsächlich von seinen Zuständen und Empfindungen getrennt, bei ersterer (Dep.) bildet es sich dies nur ein. Die Dep. ist nicht der — wirkliche — Verlust des Ichgefühls, sondern nur das Gefühl des Verlustes des Ichs. Ihre Ursache sieht Verf. immer in einer Ermüdung des Gehirns, die entweder durch zu lange oder zu intensive Tätigkeit hervorgerufen wird. Die Folge ist, je nach Persönlichkeit, ein Aufhören oder eine mechanische Fortsetzung der betreffenden Tätigkeit. Im ersteren Falle kommt es zur Geistesabwesenheit (absence), im letzteren zu dep.-ähnlichen Zuständen. Nach Ansicht des Verf. ist die Dep. stets ein krankhafter Ausnahmezustand, nämlich der Zerfall der Bewußtseinslemente. Die Empfindungen sind bei ihr unwirklich, weil sie des persönlichen Koeffizienten entbehren. Indem er die Bergsonsche Theorie ablehnt und auf Descartes zurückgreift, nimmt Verf. an, daß der Dep. letztlich Störungen auf intellektuellem Gebiete zugrunde liegen, indem das Individuum seine gegenwärtigen Zustände nicht mit seinen Erfahrungen aus der Vergangenheit in Einklang zu bringen vermöge.

Die Dep. sei daher eine Geistesstörung besonderer Art, eine Störung logischer Qualitäten. Sie zerstört die Grundlagen des Denkvermögens, die apriorische Einheit der Apperzeption Kants und das Cogito Descartes'. *Haug (Rostock).*

**Aguiar Whittaker, E. de: Die Verwendung des Rorschachschen psychologischen Tests in der gerichtlichen Psychopathologie. Allgemeines über die Methode.** Arch. Soc. Med. leg. e Criminol. S. Paulo 6, 62—63 (1935) [Portugiesisch].

Verf. bespricht die Psychodiagnostik des H. Rorschachschen Tests, welcher imstande ist, die komplizierte geistige Struktur des Individuums vor Augen zu führen, ferner dessen zahlreiche Anwendungsmöglichkeiten in Charakterologie, Psychologie, Pädagogik, Psycho-technik, Genealogie, Psychophysik und Psychoanalyse. Verf. beschreibt das Historicum der Methode, das Material der Technik, die Art und Weise die Ergebnisse auszulegen. Er dachte auch an die Wichtigkeit dieses Tests in der gerichtlichen Psychopathologie. Von diesem Standpunkt aus ist der Test besonders nützlich für die Diagnostik der traumatischen organischen Läsionen, der Hysterie und der Simulation und für die psychiatrische Diagnostik im allgemeinen. Verf. untersuchte mehrere Fälle und stellte demonstrative Bilder vor. *Révész. °°*

**Kögler, Alfred: Affektive Veränderungen bei Kindern mit organischen Hirndefekten.** (*Psychiatr. u. Nervenclin., Univ. Leipzig.*) Allg. Z. Psychiatr. 104, 257—299 (1936).

Das Material der Arbeit wurde durch Untersuchungen an 37 männlichen und 61 weiblichen Kindern gewonnen. Es handelt sich um Encephalitis, Epilepsie genuiner und symptomatischer Genese, organische Defektzustände, Luesfälle, Tumorkranke, postkommotionelle Dauerveränderungen, psychische Anomalien bei Chorea, multipler Sklerose und bei Hydrocephalus. Einer Wiedergabe von sehr kurzen Krankengeschichten folgt eine zusammenfassende Schilderung des Drangsyndroms, der Änderungen in der Art und im Ablauf der Gefühlsbeziehungen und der Stimmungslage und der „Grundstörung“. Außer der Verschiebung der Stimmungslage zum Depressiven ist die Affektincontinenz und die Labilität bezeichnend für Kinder. Das Persönlichkeitsniveau senkt sich im allgemeinen, die Erschütterung des eigenen Persönlichkeitswertes wird als Angst erlebt. Es kommt zu einer „Einengung der Interessen auf die Erhaltung der Persönlichkeitswerte“. Spezifisch für das Kind und den Jugendlichen bis zur Pubertät scheinen die Veränderungen zu sein, die im Umkreise des Dranghaften liegen. Die übrigen psychischen Phänomene unterscheiden sich höchstens in ihrem Ausmaß und in ihrer Reinheit, aber nicht in ihrem Wesen von denen, wie sie bei organischen Hirnerkrankungen des Erwachsenenalters gefunden werden. *Grotjahn (Berlin). °°*

**Morgan, M. T.: L'éducation de l'enfant déficient ou arriéré.** (Die Erziehung des schwachsinnigen oder zurückgebliebenen Kindes.) Bull. mens. Off. internat. Hyg. publ. 28, Nr 8, Suppl., 48—87 (1936).

(Note, entworfen im Erziehungsministerium von Großbritannien, dem Ständigen Komitee des internationalen Büros für öffentliche Hygiene in der Sitzung vom Mai 1936 durch M. T. Morgan, Medical officer im Gesundheitsministerium, Delegierten von Großbritannien, vorgelegt.)

Zunächst wird versucht, die Begriffe „zurückgeblieben“ und „schwachsinnig“ klarzustellen. Gewarnt wird vor Überschätzung eines Intelligenzquotienten (IQ.). Trotzdem werden aber die Kinder nach dem IQ. eingeteilt in: 1. mäßig „deficient“ (IQ. = 70—85); 2. feeble minded (IQ. = 55—70); 3. Kinder mit einem IQ. unter 55, die ständig unter Aufsicht sein müssen. Nach der ausführlichen Einleitung wird auf die Erziehung der „Zurückgebliebenen“ eingegangen, und die Mängel herausgestellt, die eine Unterentwicklung bedingen könnten (Ungeeignetheit der Lehrmethode, des Lehrgegenstandes, Verpassen einer grundlegenden Materie, angeborene und unheilbare Unfähigkeit, Nervosität, Konstitution, oder ständiger Mangel an Vitalität, schwere Beanspruchung zu Hause, falsche Erziehungsmaßnahmen, Unaufmerksamkeit, Trägheit und aktiver Widerstand u. a.). Ein Urteil darf nicht auf einer Prüfung beruhen. Notwendig sind laufende Aufzeichnungen. Zu empfehlen sind Beobachtungsklassen und -gruppen. Zusammenarbeit von Schularzt und Erzieher, Engergestaltung der Beziehungen zwischen Schule und Elternhaus und Zusammenarbeit mit den örtlichen Fürsorgebehörden sind anzustreben. Es folgen allgemeine Gesichtspunkte der Er-

ziehung. Kinder mit geistigen Störungen und schweren Defekten bedürfen psychiatrischer Behandlung. Der 2. Teil der Note befaßt sich mit der Erziehung der „mentalement déficients“-Kinder. Das Ziel ist, sie für andere nützlich und für sich selbst glücklich zu machen. Hauptwert ist auf den Erwerb praktischer Fertigkeiten und auf körperliche Betätigung zu legen. Wichtig ist die Auswahl der Lehrkräfte. Schließlich nimmt Verf. zu den einzelnen Schularten kritisch Stellung. Er hält es aus sozialen Gründen nicht für richtig, daß Kinder nur mit solchen zusammenkommen, die ihnen in der intellektuellen Entwicklung gleich sind, sondern hält ihre Einordnung in eine allgemeine Schule für zweckmäßig, die allerdings „beweglich“ sein müßte. Außerdem wird die Einrichtung einer „Klinik“ vorgeschlagen, wo man sich mit den Defekten der Kinder beschäftigt. — Alles Fragen, die bei uns vor einer Reihe von Jahren aktuell waren und befriedigend gelöst werden konnten. *Dubitscher (Berlin).*

**Lutrario, A.: Les anormaux psychiques en Italie.** (Die psychisch Abnormen in Italien.) Bull. mens. Off. internat. Hyg. publ. 28, Nr 8, Suppl., 88—126 (1936).

(Note, dem Ständigen Komitee des Internationalen Büros für öffentliche Hygiene in der Sitzung vom Mai 1936 durch A. Lutrario, ehemaligen Generaldirektor für öffentliche Gesundheit, Delegierten von Italien, überreicht.)

Einleitend wird die Geschichte der Fürsorge für psychisch abnorme Kinder behandelt. Die Note hat nur einen einführenden Charakter und stützt sich in der Hauptsache auf die Veröffentlichungen der Zeitschrift *L'Assistenza dei minorenni anormali* und auf zahlreiche neuere Monographien und Untersuchungen über diesen Gegenstand. Es werden unterschieden: 1. Abnorme der Sinnesfunktionen und 2. psychisch Abnorme. Letztere werden nach dem Grade der Störung aufgegliedert in: a) „Phrénastheniques“, die aus Gründen der Sicherheit in Anstalten verwahrt werden müssen (Neuropathen mit kriminellen Neigungen [Selbstmord, Mord u. a.]), b) eigentliche Abnorme, die in offenen Anstalten usw. behandelt werden können. Nach der Natur der Störung werden unterschieden: Abnorme mit a) Intelligenzdefekten (Zurückgebliebene, deficient), b) Charakterdefekten, c) gemischten Defekten. Daneben kommen noch „faux anormaux“ in Betracht, die fast immer die Opfer äußerer Faktoren oder einer temporären physiologischen Störung sein sollen. Sie bilden die Masse derer, bei denen die pädagogische, hygienische und ärztliche Behandlung am ehesten dauerhaften und völligen Erfolg verspricht. Bei einer Zählung im Jahre 1926 in 6 Anstalten wurden 1135 Abnorme festgestellt. Ein Vergleich mit früheren Zählungen ergibt, daß die „morbidity phrénasthenique“ beträchtlich zugenommen hat. Vielleicht ist diese Zunahme aber nur eine scheinbare. Die Gründe dafür werden im einzelnen aufgeführt. Die Meinung, daß die Zivilisation die Quelle eines erhöhten Vorkommens von Geisteskrankheiten sei, entbehrt der Beweise. An Fürsorgeeinrichtungen werden angeführt: 1. Sonderschulen, 2. Anstaltsschulen, 3. ärztlich-pädagogische Institute mit Internat. Die modernste Form dieser Einrichtungen ist die Arbeitskolonie. Die Behandlung ist belehrend und ärztlich-hygienisch. Hierzu werden allgemeine Richtlinien gebracht, die in Anwendung sind. Für jeden Schüler wird ein Personalbogen mit einer Akte angelegt, die das Individuum in allen Lebensabschnitten begleitet. Verf. berichtet dann noch über die Ergebnisse der *École Magistrale Orthophrénique* der Stadt Rom, die eine Verbindung von Lehrerausbildungs- und Abnormen-Erziehungsanstalt darstellt. Bei allen Zöglingen hat man eine gute Anpassung an das soziale Milieu festgestellt. Nur in etwa 1,9% kam es zu gerichtlichen Verfahren oder Maßnahmen der öffentlichen Sicherheit. 50% hatten geheiratet, 60% waren militärdiensttauglich. Angaben aus anderen Quellen bestätigen die in Rom erhaltenen Ergebnisse. Im Anhang werden die 4 Personalbogen und das Statut der *École Magistrale Orthophrénique* von Rom mitgeteilt. *Dubitscher (Berlin).*

**Fünfgeld, E.: Zur Beurteilung psychopathischer Persönlichkeiten.** (*Städt. Nerven-klin., Magdeburg-Sudenburg.*) Dtsch. med. Wschr. 1936 I, 1002—1004.

Es handelt sich um die Inhaltswiedergabe zweier Vorträge, die Verf. vor der Medizinischen Gesellschaft in Frankfurt a. M. und in Magdeburg gehalten hat. Nach

einer Schilderung der Typen von Psychopathen, die häufiger in das Blickfeld des praktischen Arztes treten, tritt Verf. dafür ein, der behandelnde Arzt möge seine Aufgabe darin sehen, den Gesundheitswillen des Psychopathen zu stärken und mit der Bewilligung einer Rente zurückhaltend sein. Besonders sorgfältiger ärztlicher Behandlung bedarf die Schreckreaktion. Hier sei der Fachpsychiater mehr am Platze, als der praktische Arzt.

B. Mueller (Göttingen).

**Ballif, L., Ch. Ballif et E. Glincoer: Psychasthénie avec accès hystéroïdes ou simulation?** (Psychasthenie mit hysterischen Erscheinungen oder Simulation?) Bull. Soc. roum. Neur. etc. **16**, 103—106 (1935).

Schilderung eines Falles: Eine 53jährige, seit 3 Jahren in der Menopause befindliche Frau leidet seit 7 Jahren (damals Tod des Ehemannes) an Kopfweh und Wallungen. Sie kann keine Gerüche ertragen (Benzin, Speisen, Seife, Tabak u. a.), läßt daher nicht in der eigenen Wohnung kochen, empfängt niemanden, geht nicht aus dem Haus; sie kann nur süßen, keinen bitteren, sauren und salzigen Geschmack aushalten und ißt fast nur Brot mit Butter, Schokolade und Tee. Wird sie doch einem solchen Geruch oder Geschmack ausgesetzt, so fängt sie am ganzen Körper an zu zittern, die Kehle schnürt sich ihr zu und brennt, sie klagt über Kopfweh, hat Angst und fühlt sich schlecht. Durch Faradisation und Seruminjektionen gelang es im Krankenhaus sehr bald, die Störungen zu bessern. Vollständige Heilung trat sehr rasch ein, als man es ihr ermöglichte, zu ihrer Tochter in die Wohnung zu ziehen. Offenbar hat es sich um eine „naïve oder halb bewußte Protestreaktion mit psychomotorischen Erscheinungen“ gehandelt: die Kranke führte gegen ihren Willen ein sehr monotones Leben bei ihrer Mutter und wollte gern statt dessen bei einer ihrer Töchter wohnen, mit denen sie jedoch schlecht stand. Verf. nehmen an, daß die Störungen der Kranken an der Grenze zwischen einer „Psychasthenie“ mit phobischen und hysterischen Erscheinungen und der „Simulation einer eingebildeten Krankheit“ stehen.

Vult Ziehen (München).<sup>oo</sup>

**Szondi, L.: Der Neurotiker im Lichte der psychoanalytischen, neuro-endokrinen und eropathologischen Forschungen. Eine Konfrontation der drei Richtungen.** Schweiz. Arch. Neur. **37**, 313—334 (1936).

Die „globale Organisation“ des Neurotikers zeigt im Spiegel „psychoanalytischer“, neuro-endokriner und eropathologischer Forschung dasselbe Gesicht. Der Neurotiker ist ein Extremvariant, der auf einer primitiven, vielfach auch archaischen und infantilen Stufe der Trieborganisation fixiert geblieben ist. Grotjahn (Topeka-Kansas).

**Pisk, Gerhart: Über Dipsomanie bei Frauen.** (Univ.-Klin. f. Neurol. u. Psychiatrie, Wien.) Mschr. Psychiatr. **93**, 218—235 (1936).

Verf. hat eine Anzahl Fälle der Wiener Klinik zusammengestellt, die eindeutig erkennen lassen, daß es im Gegensatz zu der Anschauung Gaupps zweifellos Fälle weiblicher Dipsomanie gibt, hinsichtlich deren Zuordnung auch die strengsten Anforderungen einer exakten klinischen Systematik erfüllt sind. Bemerkenswert ist aber, daß es bei den Frauen zur Auslösung einer Dipsomanie eines besonderen mitbestimmenden Faktors bedarf. Dieser stellt sich bei den untersuchten Frauen in einer zentralen organischen Schädigung dar. Unter den beschriebenen 7 Fällen fand sich eine Paralyse, ein postencephalitische Zustand, eine Epilepsie, ferner Zustand nach Totalexstirpation bzw. vorzeitige Klimax in 3 Fällen. In den 2 ausgeprägtesten Fällen mit sicheren Anhaltspunkten für eine organische Hirnaffektion, finden sich die letzteren diffus, aber auch im Zwischen-Mittelhirnapparat, welcher bekanntlich eine besondere Rolle bei periodischen Geistesstörungen bzw. bei Triebstörungen spielt. Verf. weist darauf besonders hin. Soweit erforschbar, waren übrigens alle Fälle in der Ascendenz durch Süchtige belastet. Die Arbeit soll eine Anregung sein, in jedem Fall einer Dipsomanie bei Frauen nach zentralen organischen Störungen zu forschen, um so evtl. an einem größeren Materiale die Lehre von der Dipsomanie und die Kenntnis der Triebstörungen zu vertiefen.

von der Heydt (Königsberg i. Pr.).

**Burchard, Edward M. L.: Physique and psychosis. An analysis of the postulated relationship between bodily constitution and mental disease syndrome.** (Körperbau und Psychose. Eine analytische Studie über die Beziehungen zwischen Körperkonstitution

und Geisteskrankheit.) (*Psychol. Laborat., Torrance State Hosp., London.*) Comp. Psychol. Monogr. 13, Nr 1, 1—73 (1936).

Die sehr eingehende und umfangreiche Studie wird eingeleitet, durch eine kritische Zusammenfassung der bisherigen Literatur. Die Lehre Kretschmers wird ausführlich gewürdigt. Verf. untersuchte 407 Kranke, sämtlich Angehörige der weißen Rasse, aber verschiedener Nationalität. Zuerst bestimmte er mehr eindrucksmäßig nach der Methode Kretschmers pyknische, athletische und asthenische Typen und stellte sie zahlenmäßig in Beziehung zur manisch-depressiven Erkrankung und zur Schizophrenie. Die vom Verf. gefundenen Werte entsprechen im wesentlichen den Kretschmerschen Zahlen. Verf. hat dann ein anthropometrisches Verfahren ausgearbeitet und nach diesem die Körperbautypen aufgestellt. Er fand dabei eine geringere Korrelation zwischen Körperbau und Geisteskrankheit. Verf. schließt daraus, daß seine Forschungen die Theorie Kretschmers weder bejahen noch verneinen. Der Einfluß des Alters ist nach Ansicht des Verf. so groß, daß dadurch die Gültigkeit der Theorie beträchtlich in Frage gestellt wird. Er fordert deshalb unter anderem Bestimmung des Körperbaues bei einer Durchschnittsbevölkerung jeden Alters, d. h. vom Jünglingsalter an bis in die Siebziger. Die Altersverrückung und mögliche Änderung von einem Körperbautyp zu einem anderen müßte erforscht werden durch Untersuchungen während der ganzen Lebensspanne der Individuen in der gleichen Gruppe (etwa im Abstände von 5 zu 5 Jahren). Schaffung von Vergleichsmaterial durch Untersuchung gesunder Personen, Sippenforschungen zur Feststellung der Vererbbarkeit körperlicher Anlagen wären notwendig. Da offenbar die Nationalität einen Einfluß auf die Häufigkeit der einzelnen Körperbautypen hat, wären vergleichende Untersuchungen erwünscht.

von der Heydt (Königsberg i. Pr.).

Ladon, Aug.: Une épidémie mentale contemporaine: Les apparitions de Belgique (29 novembre 1932—avril 1935). (Eine Geistesepidemie unserer Zeit: Die Erscheinungen in Belgien vom 29. XI. 1932 bis April 1935.) Hyg. ment. 30, 205—245 (1935); 31, 1—31 (1936).

Der im Dezember-Heft 1935 erschienene erste Teil gibt die Unterlagen: eine Aufzählung der Tatsachen; Erscheinungen der Mutter Gottes vor einer Reihe von Kindern und Erwachsenen in verschiedenen Orten Belgiens in den Jahren 1932—1935. Die ersten Visionen fallen in die Monate November 1932 bis Januar 1933 und werden von einigen Kindern in Beauraing erlebt. In Beauraing findet auch die Massenvision vor Erwachsenen am 3. I. 1933 statt. Es folgen in zeitlicher Reihenfolge Einzel- und Massenvisionen in Verviers, Banneux, Tübize, wieder in Beauraing, Onkerzeele, Rochefort, Lokeren und anderen belgischen Orten. Der Verf. berichtet jedesmal genau die Aussagen, charakterisiert die Aussagenden, weist auf alle zur Beurteilung notwendigen Umstände hin. — Das Januar-Heft 1936 bringt den 2. Teil, der die im 1. Teil dargestellten Ereignisse psychologisch einordnen und erklären will. Zu diesem Zweck werden zunächst in kurzen Querschnitten Zahl und Alter der Visionäre, die Inhalte der Erscheinungen, die Bewußtseinszustände der Visionäre, ihre Gehörphänomene, ihre geistig-seelischen Zustände beleuchtet. Dann wendet sich der Verf. der eigentlichen psychologischen Betrachtung zu. Eine Übersicht über die möglichen Bewußtseinszustände trennt Wachzustände, Dämmerzustände und Schlafzustände und teilt sie unter. Die bei weitem größere Reihe der Visionen werden als im Wachzustand erlebt bezeichnet, so die anfängliche Kindervision in Beauraing, die Massenvisionen in Beauraing und Onkerzeele und andere; hier werden auch eingeordnet 2 angeblich mystische Erlebnisse, die aber als Interpretationsirrtümer aufgefaßt werden (Rochefort und Onkerzeele) und Simulationen, die sich in den letzten Phasen bestimmter Visionsreihen eingeschlichen haben. Bei der näheren Betrachtung kann also von den 2 letzten Gruppen abgesehen werden. Die übrig bleibenden, im Wachzustand erlebten Ereignisse sind zum Teil erklärbar aus der Eigenart der kindlichen Psyche (Suggestion, Fabulation), zum andern Teil stellen sie sich als Illusionen dar, wobei allerdings bemerkenswert ist, daß



einmal die Illusion durch das Stadium der sensoriellen Halluzinose hindurchgegangen zu sein scheint, da die Erscheinung auch nach Platzwechsel bei Rückkehr zum Ausgangspunkt wieder gesehen wurde. Andere Erlebnisse finden in Ekstase statt. Ekstase wird bestimmt als ein Zustand mit mehr oder weniger vollkommener Unempfindlichkeit, d. h. zeitweiligem Verlust des Kontakts mit der Außenwelt, aber mit Erhaltung des Persönlichkeitsbewußtseins, so daß Wiedergabe der in der Ekstase vorhandenen psychischen Inhalte möglich ist. 4 Analysen von ekstatischen Einzelerlebnissen zeigen, daß Nachahmung und Kompensation der bekannten vorangegangenen Visionen und Wesensart und Milieubedingtheit der Erlebenden die Bausteine zur Vision liefern und ihre Färbung bedingen. — Ein besonderer Abschnitt wird den Massenvisionen und ihrer Psychologie gewidmet. Hier führt der Verf. auch die Gründe an, die die Ausbreitung der Bewegung zur angegebenen Zeit in Belgien begünstigten: Außer den Nachwirkungen der Kriegsängste und der allgemeinen materiellen Unsicherheit ein (wie er sagt) in Belgien eingewurzelter mystischer Atavismus, für den er geschichtliche Zeugen anführt. — Dem Einleitungsereignis, der Kindervision in Beauraing, wird eine besondere Analyse gewidmet. Die erste Vision hatte nur ein Kind auf dem Wege zum Kloster. Die seelische Situation ist beeinflußt durch die Dunkelheit und durch das Gefühl des Verfolgtseins infolge eines kindlichen Streiches. Die behauptete Gleichartigkeit der Aussagen kommt erst zustande durch nachträgliche, dem Sinn nach gemachte schriftliche Festlegung. Die Unempfindlichkeit der Ekstase geben die Kinder erst von dem Augenblick an, in dem sie einen Arzt davon sprechen hörten. Daß die Kinder gemeinsam eine Ekstase gehabt haben könnten, wird aus ihrer verschiedenen seelischen und geistigen Grundhaltung heraus abgelehnt. — So kommt der Verf. zum Schluß, daß Furcht in der Dunkelheit, die Angst vor Entdeckung und vielleicht Verfolgung, das Zusammenspiel von flüchtigen Lichterscheinungen und Bewegungen in der Dunkelheit zu einer Illusion eines Kindes führten, die den Auftakt einer großen religiösen Bewegung bildet.

J. Jacobi (Gießen).

#### Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

**Villaret, Maurice, L. Justin-Besançon, S. de Sèze et R. Cachera: Physiologie de la vaso-motricité cérébrale.** (Physiologie der Gehirnavasomotorik.) (15. réun. neurol. internat. ann. de la Soc. de Neurol., Paris, 26.—27. V. 1936.) Revue neur. 65, 1174 bis 1274 (1936).

Die große, reichbebilderte Arbeit, die im einzelnen im Original nachgelesen werden muß, kommt zu etwa folgenden Schlüssen: Die Weite der Hirngefäße steht unter mechanischen, chemischen und nervösen Einflüssen. Bei den mechanischen steht der arterielle Druck im Vordergrund. Seine Veränderungen wirken mehr auf die Gefäßweite als irgendwelche chemischen oder nervösen Einflüsse. Ein autoregulatorischer Apparat am Anfang der Carotis int. bewirkt bei jeder Drucksteigerung in der Carotis eine allgemeine hypotonische Gefäßerweiterung, so daß der Blutzufluß zum Gehirn nach der Peripherie abgelenkt wird. Ebenso umgekehrt bei Drucksenkung in der Carotis. Der gleiche Apparat schützt das Gehirn auch vor „unzeitgemäßen Schwankungen der Vasomotoren“. — Die Wirkungsweise von normalerweise im Blut vorhandenen Substanzen, wie Cholin, Histamin usw. einerseits und Adrenalin, Hypophysenhinterlappenhormon usw. andererseits, wird als sehr komplex bezeichnet, da ihr vasomotorischer Effekt oft hydrodynamische Wirkungen ausübt, die ihrer ursprünglichen Wirkung entgegengesetzt sind. Der Einfluß von Ionenkonzentration und Säurebasengleichgewicht läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen noch nicht genau beurteilen. Zahlreiche pharmakodynamisch wirksame Stoffe haben eine vasomotorische Wirkung im Gehirn, meist vasodilatatorisch, nur ganz wenige vasoconstrictorisch. Entgegen bisher geltenden Anschauungen unterliegen die Hirngefäße offensichtlich auch nervösen Einflüssen, wie sich einmal aus der Tatsache reich ausgebildeter nervöser Nervengeflechte um die Gefäße, andererseits aus der experimentell aufzeigbaren vasomotorischen